HOUSE OF COMMONS
CANADA

STRENGTHENING THE CANADIAN STRATEGY ON HIV/AIDS

REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Bonnie Brown, M.P.
Chair

June 2003

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: http://www.parl.gc.ca

Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9

103-06260/

STRENGHTHENING THE CANADIAN STRATEGY ON HIV/AIDS

REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Bonnie Brown, M.P.
Chair

June 2003

STANDING COMMITTEE ON HEALTH

CHAIR

Bonnie Brown

VICE-CHAIRS

Stan Dromisky

Réal Ménard

MEMBERS

Carolyn Bennett

Diane Bourgeois

Jeannot Castonguay

Brenda Chamberlain

Raymonde Folco

Hon. Hedy Fry

Betty Hinton

Rob Merrifield

Svend Robinson

Hélène Scherrer

Carol Skelton

Yolande Thibeault

Greg Thompson

ASSOCIATE MEMBER PARTICIPATING IN THIS STUDY

James Lunney

CLERK OF THE COMMITTEE

José Cadorette

FROM THE RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF PARLIAMENT

Nancy Miller Chenier
Sonya Norris

CHAIR'S FOREWORD

The Standing Committee on Health is very concerned about the HIV/AIDS situation in Canada. While Canadians continue to be infected at an alarming rate, the resources allocated to the current Canadian Strategy on HIV/AIDS have not changed in 10 years.

Having listened carefully to the insightful testimony offered by witnesses, the Committee now calls for appropriate long-term funding to curtail the progression of this disease. The goal is to ensure an effective and viable strategy to counter the devastating effects of this preventable illness.

On behalf of the members of the Committee, I would like to thank the witnesses who gave so generously of their time and expertise. As always, we appreciate the professional guidance provided by the researchers from the Library of Parliament, Nancy Miller Chenier and Sonya Norris, and the clerk of the Committee, José Cadorette. In addition, we are grateful for the continuing support of the editors, interpreters, console operators and others whose hard work and team effort have made this report possible.

I would also like to thank the individual members of the Committee who wholeheartedly participated in this study and shared their wisdom and concern for this important issue.

THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

has the honour to present its

THIRD REPORT

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), your committee has conducted a study on the Canadian Strategy on HIV/AIDS and reports its findings and recommendations.

TABLE OF CONTENTS

LIST OF RECOMMENDATIONS 1

THE COMMITTEE FOCUS 5

THE CANADIAN HIV/AIDS SITUATION 5

A. The Changing Epidemic 6

B. New Challenges 6

C. The Way Forward 6

FUNDING AND EVALUATION FOR THE CANADIAN STRATEGY ON HIV/AIDS 7

A. Overall Funding 7

B. Federal Responsibilities 8

C. Vaccine Research 8

D. Evaluation 9

FUNDING DISTRIBUTION 11

A. Overall Allocation 11

B. Allocations for At-Risk Populations 12

C. Allocations for Research 12

FEDERAL INTERDEPARTMENTAL COLLABORATION 15

A. Concerns with Current Federal Partnership 15

B. Need for Extended Federal Partnership 15

APPENDIX A — LIST OF WITNESSES 19

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE 21

DISSENTING OPINION — Canadian Alliance 23

SUPPLEMENTARY OPINION — New Democratic Party 27

MINUTES OF PROCEEDINGS 29

LIST OF RECOMMENDATIONS

RECOMMENDATION 1 on increased funding

On overall funding and evaluation for the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS, the Committee recommends that:

(a) The federal government increase the total funding for the renewed federal Canadian Strategy on HIV/AIDS to $100 million annually;

(b) This increased federal funding specifically designate $5 million annually to each of the two at-risk sub-populations (First Nations and Inuit as well as inmates) falling under federal jurisdiction;

(c) This increased federal funding specifically designate $5 million annually to Canadian researchers engaged in vaccine development;

(d) This increased federal funding be reviewed in two years to ensure that it is appropriate to changes in the status of the disease and its economic, physical and social impact on Canadians;

(e) This increased funding be contingent on the establishment of five-year measurable goals and objectives for decreasing the number of new cases each year.

RECOMMENDATION 2 on effectiveness and accountability

To ensure an effective strategy and ongoing evaluation of the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS funding, the Committee recommends that:

(a) Health Canada be mandated to take the lead role in coordinating, implementing and reporting on a comprehensive and collaborative renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS;

(b) Health Canada establish a specific Canadian Strategy on HIV/AIDS secretariat with designated budget and personnel to carry out this lead role;

(c) Health Canada work with its federal partners to ensure that the Canadian Strategy on HIV/AIDS include appropriate, clear, measurable five-year goals and objectives as well as a process for evaluation and accountability;

(d) Health Canada coordinate work with its federal partners to review the total Canadian Strategy on HIV/AIDS funding amount and allocation within two years; and,

(e) Health Canada, through the Minister of Health, report annually to Parliament on the Canadian Strategy on HIV/AIDS, including a focus on goals and achievements according to Treasury Board guidelines.

RECOMMENDATION 3 on overall allocation

With respect to the overall distribution of Canadian Strategy on HIV/AIDS funding, the Committee recommends that:

(a) As part of the two-year review of the Canadian Strategy on HIV/AIDS, Health Canada work with its federal partners to examine the division of funds to ensure that it meets changing needs for prevention, treatment, research and community living of those with HIV/AIDS;

(b) Health Canada, in partnership with other federal departments and agencies involved in the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS, expand the prevention strategies and ensure that they are specifically targeted to meet the individual needs of the diverse communities at risk;

(c) Health Canada and its federal partners ensure that awareness and prevention programs are increasingly administered by affected communities including people living with HIV/AIDS, youth, Aboriginal or ethnic communities and are more sensitive to culture, age and gender.

RECOMMENDATION 4 on specific affected groups

With respect to the funding distribution for specific affected groups, the Committee recommends that:

(a) Health Canada increase prevention strategies targeted specifically to youth to be delivered in a sequentially age appropriate manner, to be targeted to areas frequented by youth, and to be inclusive of the specific needs of youth in rural and remote areas;

(b) Health Canada and other federal partners provide stable, long-term funding for regional Aboriginal AIDS service organizations to develop culturally appropriate practices to fight HIV in the community and to help implement specific programs to deal with the HIV/AIDS-related needs of the disproportionately large Aboriginal population in prisons;

(c) Health Canada and other federal partners ensure that stronger provisions and funding arrangements are made to support individuals who are negatively affected by the social stigmas and discrimination associated with HIV/AIDS, and that such individuals are provided greater accessibility to medical services, employment, social support, etc.;

(d) Correctional Service Canada provide harm reduction strategies for prevention of HIV/AIDS amongst intravenous drug users in correctional facilities based on eligibility criteria similar to those used in the outside community (as per the recommendation of the December 2002 report of the Special Committee on the Non-Medical Use of Drugs);

RECOMMENDATION 5 on specific research

With respect to the funding distribution for specific research, the Committee recommends that:

(a) The Canadian Institutes of Health Research consider allocating public research dollars to gender specific and culturally appropriate investigations;

(b) The Canadian Institutes of Health Research consider allocating public research dollars to investigations of effective non-pharmaceutical alternatives for prevention and treatment.

RECOMMENDATION 6 on coordination

For the overall coordination of the Canadian Strategy on HIV/AIDS, the Committee recommends that:

(a) Health Canada take the primary responsibility for ensuring that the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS is implemented and that a report on the expected outcomes and achievements from the Strategy activities is provided annually to the House of Commons and referred to the Standing Committee on Health;

(b) Health Canada coordinate a comprehensive interdepartmental and interagency Canadian Strategy on HIV/AIDS with measurable goals;

(c) In addition to the current partnership with Correctional Service Canada and the Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Strategy on HIV/AIDS include coordinated work with the Canadian International Development Agency on international issues, Indian and Northern Affairs Canada on Aboriginal support issues, Human Resources Development Canada on employment concerns, Justice Canada on human rights questions, Citizenship and Immigration Canada on immigrant and refugee health and Industry Canada on vaccine development and drug access issues.

RECOMMENDATION 7 on extended federal partnership

For an expanded and cooperative federal partnership, the Committee recommends that:

(a) The federal government devise a blueprint for a more comprehensive and coordinated interdepartmental/interagency Canadian Strategy on HIV/AIDS that addresses the domestic and international health, justice, economic and other needs of the Canadian population affected by HIV/AIDS;

(b) The federal government ensure that any related funding commitment to international research is made after consultation with the Canadian research community and that any research funding to foreign researchers is directed primarily to research fields where Canadian researchers are not working or are not suited to engage in themselves;

(c) The federal government make bilateral involvement between the HIV/AIDS research community in Canada and developing countries a condition of international research funds, especially with regard to clinical trials, vaccine development and drug resistance, and encourage researcher exchanges.

THE COMMITTEE FOCUS

Five years ago, in May 1998, the federal government announced the current Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA). This included an annual funding allocation of $42.2 million. Health Canada is currently undertaking a five-year review of the Strategy and is preparing a report for the Minister of Health in June 2003.

Strategy Chronology

1990 — budget of $112 million over three years ($37.3 million annually)

1993 — $203.5 million over five years ($40.7 million annually) with emergency discretionary funding of up to $1.5 million per year

1998 — $42.2 million annual funding with review in five years

The Standing Committee on Health agreed to examine the CSHA in response to concerns about annual funding expressed by the major non-governmental partners. They questioned the fact that annual funding has remained static over the last 10 years of the HIV/AIDS epidemic. Furthermore, although Health Canada asserted that there was now a long-term funding commitment, they were anxious about the potential directions that might be proposed to the Minister through the five-year review.

To gain greater understanding of the federal government's responsibilities and actions, the Committee held meetings with key governmental and non-governmental partners. The federal partners included: Health Canada, Correctional Service Canada (CSC), Canadian Institutes of Health Research (CIHR). The non-governmental organizations included:

- Canadian HIV Trials Network
- Canadian Treatment Action Council
- Canadian Aboriginal AIDS Network
- Canadian Association for HIV Research
- Canadian AIDS Society
- Canadian HIV/AIDS Legal Network
- International AIDS Society
- YouthCO AIDS Society.

THE CANADIAN HIV/AIDS SITUATION

The Committee heard that reports on the Canadian HIV/AIDS situation in the late 1990s suggested that the annual number of positive HIV tests was decreasing and that advances in treatments would prevent many early deaths. In spite of these encouraging signs, witnesses pointed out that, in 2002, Canadians continued to be infected at a rate of about 4,000 per year, adding an estimated $600 million annually to future medical costs.

The increased number of people living with HIV, from about 30,000 in 1993 to more than 54,000 in 2003, has led to continuing and greater demands for care, treatment and support.

A. The Changing Epidemic

The Committee learned that the characteristics of the AIDS epidemic have changed to include many diverse population groups. Although positive HIV test reports among men who have sex with men still accounted for the largest number of positive HIV tests and AIDS cases, by 2001, there was a slight decrease from previous years. In addition, positive HIV test reports and reported AIDS diagnoses among users of injection drugs continued a downward trend.

However, the troubling signs of a shift toward exposure through heterosexual transmission worried the Committee. According to witnesses, in 2001, women constituted 50% of positive HIV tests for individuals aged 15 to 29 years. Younger women in the child-bearing range are a particular concern considering the possibility of mother-to-child transmission. In addition, the proportion of reported AIDS cases among Blacks and Aboriginal persons increased significantly so that Aboriginal peoples accounted for more than one-quarter of all new cases. Also, in the downtown eastside of Vancouver, known as one of Canada's poorest neighbourhoods with a high proportion of injection drug users and Aboriginal peoples, there were infection rates of HIV as high as 40% in some populations.

B. New Challenges

Witnesses emphasized that, at the same time as the HIV/AIDS epidemic became more complex and involved more subgroups, the virus continued to mutate and became resistant to many drugs. They pointed out that vaccines in clinical trials have not yet proven effective and some individuals using antiretroviral therapies over the long-term have developed heart disease, organ damage and other health consequences.

Prevention efforts also face a number of barriers. Some endeavours have stalled as Canadians have lost the sense of urgency about the harmful potential of HIV/AIDS for them personally and for public health generally. For particular groups such as youth, Aboriginal peoples and inmates, social, cultural and technical barriers have limited the types and degree of effective interventions.

C. The Way Forward

Overall, witnesses argued that the changing nature of the HIV/AIDS epidemic and its associated challenges reinforced the need for a well-funded and coordinated national strategy on HIV/AIDS. They agreed with the current goals of the CSHA such as preventing the spread of HIV; finding a cure; providing effective vaccines, drugs and

therapies; ensuring care, treatment and support for persons living with HIV/AIDS, their caregivers, families and friends; minimizing the adverse impact of HIV/AIDS on individuals and communities; and, minimizing the social and economic factors that increase the risk of HIV infections.

However, witnesses expressed doubt that the goals could be achieved within the current resources. Where early actions by Strategy partners had been focused on a particular at-risk population (men who have sex with men), other groups were increasingly exposed through injection drug use and heterosexual contact. With the emergence of other at-risk subgroups found among youth, Aboriginal people, immigrants and women, the existing resources were stretched too thinly and current efforts could not reach all with the same effectiveness.

FUNDING AND EVALUATION FOR THE CANADIAN STRATEGY ON HIV/AIDS

The Committee heard that, because funding for the Canadian Strategy on HIV/AIDS has remained at its current level of $42.2 million since 1993, it has not kept pace with infection rates, research, treatment patterns or inflation. Witnesses noted that, although Canada's initial response to the epidemic was admirable and while the CSHA continues to get good value for its investment, Canada is losing ground quickly and must rejuvenate its approach.

A. Overall Funding

The Committee heard that overall funding for the CSHA needs to be increased significantly. Most witnesses indicated that it should double, to at least $85 million. They emphasized that federal funding is essential to HIV/AIDS work in particular. Where other disease areas can rely on significant charitable, or private, contributions, non-governmental funding sources are extremely limited if not absent from the HIV/AIDS area.

Many witnesses referred to the report, entitled *Taking Stock: Assessing the Adequacy of the Government of Canada Investment in the Canadian Strategy on HIV/AIDS*, prepared for the Ministerial Council on HIV/AIDS in January 2001 (Martin Spigelman Research Associates). It emphasized that funding for the CSHA had not kept pace with the increase of HIV/AIDS; the real value of the investment had eroded because of inflation; and the commitment did not take into account the growing federal surplus.

The Spigelman report (and many witnesses) pointed to the long-term cost-savings that could accrue from a healthier level of investment in the CSHA. Each prevented case of HIV would save approximately $150,000 per year ($15,000 in drugs alone at current levels, but increasing continually). If the current rate of infection at 4,000 cases per year were reduced to 1,700 cases per year, $4 billion would be saved in the next five years. It

was emphasized, however, that the changes in social behaviour required to bring about such declines in infection rates, would come only with substantial investment.

In addition, the Committee heard that Canada's investment at home into HIV/AIDS should not be outpaced by its investment internationally. Witnesses pointed to quadrupled funding for HIV programs from the Canadian International Development Agency (CIDA) between 2000 and 2005. They also noted the recent substantial investments in the International AIDS Vaccine Initiative and the UN Global Fund Against HIV, Tuberculosis and Malaria. In contrast, the total national investment in HIV research as well as per capita dollars for each infected individual placed Canada among the lowest of the developed countries.

B. Federal Responsibilities

The Committee learned that Health Canada, as the lead federal department for issues related to HIV/AIDS, oversees the major funding decisions related to the $42.2 million annual funding, and also is responsible for delivery of health services to registered First Nations and Inuit clients. Correctional Service Canada, which is allocated less than one million dollars, addresses concerns in the federal inmate population. In addition, although the Canadian Institutes of Health Research with an allocation close to 10 million dollars respond to multiple research needs, some witnesses suggested that additional research emphasis on Aboriginal and inmate groups under federal jurisdiction would benefit individuals in similar situations across the country.

The non-governmental organizations pointed to serious inadequacies in the level and nature of the response to populations under federal jurisdiction such as First Nations and Inuit people in the general population and inmates in federal correctional institutions. Over the last decade, while the rates of HIV/AIDS have increased sharply among certain subgroups in these specific populations, the level of funding has remained the same. The Health Committee wants to ensure adequate future support for federal government commitments to these populations falling directly under its responsibility.

C. Vaccine Research

Witnesses specifically identified vaccine research as warranting a separate category of funding with the suggestion that at least $5 million annually was needed for work on vaccines. Where about $1.3 million is currently allocated to HIV vaccine development in Canada, the United States provides $400 million and France about $8 million Euros.

Witnesses explained that the effort to develop a vaccine is a long-term one and cannot effectively be compressed into short-term forecasts. They noted that the 2002 decision by the CIDA to make a one-time contribution of $50 million to the International AIDS Vaccine Initiative was taken without any discussion with Canada's

research community. They stressed that this decision to fund a global non-governmental consortium founded in 1996 without any consultation with Canadian researchers was considered an affront to an already underfunded research community.

D. Evaluation

The call for increased funding was accompanied by an appeal for clear and transparent assessment of the established goals and the subsequent outcomes related to the renewed CSHA. Witnesses emphasized that the greater allocation of resources would yield measurably positive results. Undoubtedly, evaluation is an important component for assessing the extent to which the goals and objectives have been achieved. All participants expressed a strong commitment to seeking effective measures for reducing and, if possible, eliminating HIV/AIDS.

The Committee supports the individuals and groups involved in the various components of the CSHA and their desire to know if all parties accomplished what they said they would do. Working with government partners, the organizations involved in HIV/AIDS understand that measures to achieve the ultimate goal of elimination of HIV/AIDS require careful assessments, regular adjustment of decisions, and occasional reallocation of resources among various components of the CSHA. Established goals and objectives require ongoing monitoring and review to assess their relevance to the changing dimensions of the disease and of affected individuals. The continual review of emerging evidence can assist decision making and, in turn, improve outcomes.

The Committee agrees with those witnesses who suggested that federal funding for the CSHA double to at least $85 million annually. However, some witnesses also emphasized that the federal government with its specific constitutional responsibility for certain Aboriginal and inmate populations should allocate additional funding specifically targeted for these two groups identified as higher risk. Witnesses also called for dedicated funding to support Canadian researchers in the development of vaccines. Moreover, the Committee expects that the renewed Strategy will include improved accountability and better information to Parliament on where the funds are spent, how the programs are delivered, and what outcomes are achieved.

RECOMMENDATION 1 on increased funding

On overall funding and evaluation for the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS, the Committee recommends that:

(a) The federal government increase the total funding for the renewed federal Canadian Strategy on HIV/AIDS to $100 million annually;

(b) This increased federal funding specifically designate $5 million annually to each of the two at-risk sub-populations (First Nations and Inuit as well as inmates) falling under federal jurisdiction;

(c) This increased federal funding specifically designate $5 million annually to Canadian researchers engaged in vaccine development;

(d) This increased federal funding be reviewed in two years to ensure that it is appropriate to changes in the status of the disease and its economic, physical and social impact on Canadians;

(e) This increased funding be contingent on the establishment of five-year measurable goals and objectives for decreasing the number of new cases each year.

RECOMMENDATION 2 on effectiveness and accountability

To ensure an effective strategy and ongoing evaluation of the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS funding, the Committee recommends that:

(a) Health Canada be mandated to take the lead role in coordinating, implementing and reporting on a comprehensive and collaborative renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS;

(b) Health Canada establish a specific Canadian Strategy on HIV/AIDS secretariat with designated budget and personnel to carry out this lead role;

(c) Health Canada work with its federal partners to ensure that the Canadian Strategy on HIV/AIDS include appropriate, clear, measurable five-year goals and objectives as well as a process for evaluation and accountability;

(d) Health Canada coordinate work with its federal partners to review the total Canadian Strategy on HIV/AIDS funding amount and allocation within two years; and,

(e) Health Canada, through the Minister of Health, report annually to Parliament on the Canadian Strategy on HIV/AIDS, including a focus on goals and achievements according to Treasury Board guidelines.

FUNDING DISTRIBUTION

The distribution of the Canadian Strategy for HIV/AIDS has also remained static over the years. The funding continues to be allocated among 10 program areas as follows:

Program	Budget (millions)[1]
Prevention	$3.90
Community Development and Support to National NGOs	$10.00
Care, Treatment and Support	$4.75
Research	$13.15
Surveillance	$4.30
International Collaboration	$0.30
Legal, Ethical and Human Rights	$0.70
Aboriginal Communities	$2.60
Consultation, Evaluation, Monitoring and Reporting	$1.90
Correctional Service of Canada	$0.60

A. Overall Allocation

The partners involved in the original funding allocation exercise in the late 1990s felt that the focus across the 10 program areas remains valid. They emphasized that all program areas contributed to the overall goal of reducing HIV/AIDS and that all were equally affected by insufficient funding. While suggesting that new funding should cover similar program areas, witnesses identified some specific areas where money needed to be directed. Health Canada also acknowledged that, the five-year review currently underway includes an examination of funding reallocation and adequacy concerns.

Witnesses saw the funding increase as necessary to ensure:

- Prevention successes similar to the United Kingdom and Australia;
- Expansion of effective harm reduction initiatives;
- Outreach to high-risk communities, especially youth;
- Population health initiatives for those living with HIV;
- Programs specific to Aboriginal communities;
- Enhanced community service by NGOs;

[1] These budget allocations remain identical in the subsequent Monitoring report (1999-2000) as well as in *Canada's Report on HIV/AIDS 2001*.

- Surveillance improvements; and,
- Research work on HIV/AIDS.

B. Allocations for At-Risk Populations

Witnesses were particularly concerned that funding be focused on the newer at-risk populations found among women, youth, Aboriginals, immigrants and inmates. In their view, the "new face of AIDS" required changes to prevention strategies, treatment strategies, community outreach programs, and other efforts to reduce HIV/AIDS among these at-risk populations.

The Committee heard that the original design of programs under the CSHA concentrated on a specific at-risk population, primarily men who have sex with me. Now, with the epidemic affecting additional groups, witnesses called for increased funding within the CSHA to develop new approaches. They suggested that specifically targeted efforts could include peer education and interactive theatre for youth, culturally appropriate programs for Aboriginal people, and methods sensitive to rural needs.

Correctional Service Canada reported that its CSHA allocation of $600,000 (1.4%) was quickly absorbed by initial program development to address the unique needs of the prisons. With the significant increase of infection rates in federal correctional institutions, CSC spends substantially more than the allocated money on HIV/AIDS related care, treatment and support as well as infectious disease surveillance for federal inmates.

C. Allocations for Research

Witnesses also highlighted the underfunding of research on HIV/AIDS. It was suggested that as little as 30% of research proposals receive funding nationally. In addition, although Canada's HIV research at the start of the epidemic was significant, and while the research still produces good value for the money invested, witnesses felt that the country is now falling behind.

The Committee was told that research encompassing social and cultural dimensions as well as biomedical and health services aspects must be supported. Areas of research identified as crucial for the near future included work on culturally appropriate programs for Aboriginal peoples, on effective social interventions for young people and on elements pertinent to women such as specific drug trials and microbicide production.

Under the current CSHA, Health Canada partners with the Canadian Institutes of Health Research to fund multiple areas of related research. Of the $13.15 million allocated to research through the Strategy, the CIHR currently distributes about $10.2 million. In addition, it dedicates another $5 million of its funds for research aimed at increasing the quality and duration of life of HIV-infected individuals, reducing disease transmission and progression and improving treatment. While acknowledging that the

CIHR has multiple demands on its resources, the Committee would like to see an expanded focus on elements of HIV/AIDS research.

The Committee heard from witnesses that specific funding efforts must be directed to marginalized at-risk subgroups of the Canadian population found among youth, Aboriginal peoples, women, rural inhabitants, immigrants, sex trade workers and inmates. Witnesses also noted the need for particular emphasis on community-based approaches, culturally appropriate research, gender-based research including microbicides and drug-trials, as well as research aimed at non-pharmaceutical alternatives to treatment. Furthermore, they pointed to Canada's international obligations under the Declaration of Commitment adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS in 2001 establishing targets for overall prevention and reduced prevalence among youth as well as committing resources to eliminate discrimination and to increase research.

RECOMMENDATION 3 on overall allocation

With respect to the overall distribution of Canadian Strategy on HIV/AIDS funding, the Committee recommends that:

(a) As part of the two-year review of the Canadian Strategy on HIV/AIDS, Health Canada work with its federal partners to examine the division of funds to ensure that it meets changing needs for prevention, treatment, research and community living of those with HIV/AIDS;

(b) Health Canada, in partnership with other federal departments and agencies involved in the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS, expand the prevention strategies and ensure that they are specifically targeted to meet the individual needs of the diverse communities at risk;

(c) Health Canada and its federal partners ensure that awareness and prevention programs are increasingly administered by affected communities including people living with HIV/AIDS, youth, Aboriginal or ethnic communities and are more sensitive to culture, age and gender.

RECOMMENDATION 4 on specific affected groups

With respect to the funding distribution for specific affected groups, the Committee recommends that:

(a) Health Canada increase prevention strategies targeted specifically to youth to be delivered in a sequentially age appropriate manner, to be targeted to areas frequented by youth, and to be inclusive of the specific needs of youth in rural and remote areas;

(b) Health Canada and other federal partners provide stable, long-term funding for regional Aboriginal AIDS service organizations to develop culturally appropriate practices to fight HIV in the community and to help implement specific programs to deal with the HIV/AIDS-related needs of the disproportionately large Aboriginal population in prisons;

(c) Health Canada and other federal partners ensure that stronger provisions and funding arrangements are made to support individuals who are negatively affected by the social stigmas and discrimination associated with HIV/AIDS, and that such individuals are provided greater accessibility to medical services, employment, social support, etc.;

(d) Correctional Service Canada provide harm reduction strategies for prevention of HIV/AIDS amongst intravenous drug users in correctional facilities based on eligibility criteria similar to those used in the outside community (as per the recommendation of the December 2002 report of the Special Committee on the Non-Medical Use of Drugs);

RECOMMENDATION 5 on specific research

With respect to the funding distribution for specific research, the Committee recommends that:

(a) The Canadian Institutes of Health Research consider allocating public research dollars to gender specific and culturally appropriate investigations;

(b) The Canadian Institutes of Health Research consider allocating public research dollars to investigations of effective non-pharmaceutical alternatives for prevention and treatment.

FEDERAL INTERDEPARTMENTAL COLLABORATION

Currently, Health Canada, Correctional Service Canada and the Canadian Institutes of Health Research are the federal participants in the CSHA. Health Canada is the lead federal department for issues related to HIV/AIDS and coordinates the resources allocated to CSHA. As noted above, CIHR administers most of the research funds for CSHA while CSC focuses on funding for HIV/AIDS endeavours in the federal correctional environment. The Canadian International Development Agency works outside of Canada on social development priorities including HIV/AIDS.

A. Concerns with Current Federal Partnership

With respect to funding through the current CSHA, the Committee heard several concerns that relate to federal departments and agencies and the nature of collaborative action among them. For example, witnesses raised issues about the adequacy of funding for federal inmates through the limited dollars available to CSC to work in numerous institutions across the country with varied inmate populations. They also suggested that the proportion of overall CIHR funding allocated to HIV/AIDS research outside the CSHA is not enough to distribute through multiple institutes and across diverse areas such as biomedical, clinical, health services, population health.

While supporting Canada's involvement in international efforts to combat HIV/AIDS, witnesses questioned several aspects of CIDA's approach and activities. They disagreed with the lack of consultation with Canadian researchers. They pointed out the inappropriateness of sending vaccine research money to non-Canadian researchers through the International AIDS Vaccine Initiative while domestic research remains underfunded. Recognizing CIDA's five-year investment of $270 million would benefit the domestic as well as the worldwide fight against HIV/AIDS, the Committee wants links between the efforts in Canada and support for Canadian-initiated studies of drug resistance in developing countries. With its similar focus on prevention, community action, care, treatment and support, human rights, the Committee seeks assurances of greater collaboration with Canadian HIV/AIDS partners when CIDA increases its funding for HIV/AIDS to $80M annually by 2005. It would like to see clearer coordination between international funding and the CSHA, with some funding linked to relevant domestic efforts.

B. Need for Extended Federal Partnership

Over the years of the CSHA, Health Canada took a role as the primary department and worked on building a collaborative environment for those affected by the

HIV/AIDS epidemic. However, it is unclear how Health Canada interacts with, provides support for and maintains oversight of the activities of other relevant federal departments and agencies. Witnesses mentioned other policy areas important to HIV/AIDS efforts that fall within the mandate and activities of federal departments not currently involved in the CSHA.

Among its goals, the current Strategy aims to minimize the adverse impact of HIV/AIDS on individuals and communities as well as address the social and economic factors that increase the risk of HIV infections. These goals go beyond the scope of Health Canada, CSC and CIHR. For example, poverty, homelessness, employment assistance and disability fall within the realm of Human Resources and Development Canada. Social support, housing and other issues pertinent to Aboriginal people affected by HIV/AIDS are the responsibility of Indian and Northern Affairs Canada. Human rights concerns around stigma and discrimination experienced by people with HIV/AIDS are important issues for Justice Canada. Citizenship and Immigration Canada has reason to be concerned about the health status of new populations, both immigrant and refugee. Establishing the infrastructure for vaccine testing and working with pharmaceutical companies to provide less costly access to drugs could be a focus for Industry Canada.

The Committee became aware of concerns about the lack of coordination among federal departments and agencies involved with administering HIV/AIDS funding. Witnesses pointed to the need for increased funding for HIV/AIDS awareness, prevention, and treatment strategies in federal prisons, for more communication about research priorities and about international commitments from federal agencies, and for strengthened interdepartmental collaboration.

RECOMMENDATION 6 on coordination

For the overall coordination of the Canadian Strategy on HIV/AIDS, the Committee recommends that:

(a) Health Canada take the primary responsibility for ensuring that the renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS is implemented and that a report on the expected outcomes and achievements from the Strategy activities is provided annually to the House of Commons and referred to the Standing Committee on Health;

(b) Health Canada coordinate a comprehensive interdepartmental and interagency Canadian Strategy on HIV/AIDS with measurable goals;

(c) In addition to the current partnership with Correctional Service Canada and the Canadian Institutes of Health Research, the Canadian Strategy on HIV/AIDS include coordinated work with the

Canadian International Development Agency on international issues, Indian and Northern Affairs Canada on Aboriginal support issues, Human Resources Development Canada on employment concerns, Justice Canada on human rights questions, Citizenship and Immigration Canada on immigrant and refugee health and Industry Canada on vaccine development and drug access issues.

RECOMMENDATION 7 on extended federal partnership

For an expanded and cooperative federal partnership, the Committee recommends that:

(a) The federal government devise a blueprint for a more comprehensive and coordinated interdepartmental/interagency Canadian Strategy on HIV/AIDS that addresses the domestic and international health, justice, economic and other needs of the Canadian population affected by HIV/AIDS;

(b) The federal government ensure that any related funding commitment to international research is made after consultation with the Canadian research community and that any research funding to foreign researchers is directed primarily to research fields where Canadian researchers are not working or are not suited to engage in themselves;

(c) The federal government make bilateral involvement between the HIV/AIDS research community in Canada and developing countries a condition of international research funds, especially with regard to clinical trials, vaccine development and drug resistance, and encourage researcher exchanges.

APPENDIX A
LIST OF WITNESSES

Associations and Individuals	Date	Meeting
Canadian HIV Trials Network	17/03/2003	24
Martin Schechter, National Director / Canada Research Chair in HIV/AIDS and Urban Population Health		
Canadian Treatment Action Council / Voices of Positive Women		
Louise Binder, Chair		
YouthCO AIDS Society		
Sheena Sargent, Education Programs Coordinator		
Canadian Institutes of Health Research	19/03/2003	25
Bhagirath Singh, Scientific Director, Institute for Infection and Immunity		
Karl Tibelius, Director, Research Capacity Development		
Correctional Service Canada		
Sandra Black, National Coordinator, Infectious Diseases Program		
Françoise Bouchard, Director General, Health Services		
Department of Health		
Howard Njoo, Director General, Centre for Infectious Disease Prevention and Control		
Steven Sternthal, Acting Director, HIV/AIDS Policy, Coordination and Programs Division		
Canadian Aboriginal AIDS Network	24/03/2003	26
Art Zoccole, Executive Director		
Canadian AIDS Society		
Paul Lapierre, Executive Director		
Canadian Association of HIV Researchers		
Kenneth Rosenthal, President / Professor, McMaster University		
Canadian HIV/AIDS Legal Network		
Ralf Jürgens, Executive Director		
International AIDS Society		
Mark Wainberg, President Elect / Director, McGill AIDS Centre		

REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (*Meeting Nos. 24, 25, 26, 33, 34, 37 and 38, including this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

Bonnie Brown, M.P.
Chair

Canadian Alliance Dissenting Opinion

Issued by Rob Merrifield, Senior Health Critic
Carol Skelton, Deputy Health Critic
Betty Hinton, Deputy Health Critic

INTRODUCTION

The HIV/AIDS epidemic continues to take a devastating toll on the health and lives of thousands of Canadians. This is all the more troubling when it is widely recognized that HIV/AIDS is 100 per cent preventable. In our minority report, we highlight the need within the Canadian Strategy on HIV/AIDS (CSHA) for a more aggressive emphasis on HIV prevention. The Canadian Alliance believes a more focused, coordinated and sustained effort needs to be undertaken by governments, health authorities and community organizations to prevent the spread of HIV. We are convinced that this will pay dividends in improved human health, spared lives and reduced health care expenditures.

FUNDING

The Canadian Alliance supports increased funding for the Canadian Strategy on HIV/AIDS. Because of the continuing severity of the epidemic, the reality of more Canadians living with HIV/AIDS and the fact that annual funding for the Strategy has remained unchanged for several years, we support a greater financial commitment for the CSHA.

But while the Committee recommended an increase in funding to $100 million per year, we think an increase to $85 million is reasonable and appropriate. We do so on the following grounds:

First, several of the witnesses from the Canadian HIV/AIDS community who appeared at committee specifically requested an approximate doubling of annual funding for the Strategy from $42.2 million to $85 million. While a greater increase is unlikely to be rejected, the federal government must weigh the spending needs of numerous competing health and non-health priorities.

Second, some of the at-risk populations for which the Committee recommended specific funding allocations (eg. $5 million for First Nations and Inuit, $5 million for inmates) represent not new spending priorities but ones already included in the Strategy. A doubling of the CSHA to $85 million using the existing distribution of spending priorities would result in a doubling of funds for these at-risk, sub-populations, including $5.2 million for First Nations and Inuit.

Finally, it must be recognized that success in the fight against HIV/AIDS is not a mere function of dollars spent. The United States, at $12 per capita, spends far more on HIV/AIDS than does Canada, at $1.40 per capita. And yet, the U.S. has an HIV prevalence rate 94 per cent higher than Canada's. By contrast, Australia, at $1.25 per capita, spends less than Canada and has an HIV prevalence rate 60 per cent lower than in Canada. According to the Ministerial Council on HIV/AIDS, "Clearly, spending alone does not correlate with a country's success in preventing the spread of HIV/AIDS."[1] These findings point to the need to look beyond dollars and cents to early, effective and continually monitored HIV/AIDS prevention strategies.

Recommendation:

That funding for the Canadian Strategy on HIV/AIDS be increased to $85 million per year.

PREVENTION

The Canadian Alliance believes that a strategic and sustained focus on prevention should be the centrepiece of a renewed Canadian Strategy on HIV/AIDS. Many commentators have noted that HIV/AIDS is 100 per cent fatal and 100 per cent preventable.

The Canadian Strategy on HIV/AIDS currently includes no clear, coordinated plan for HIV prevention. We consider this an important deficiency. Accordingly, we are calling for an HIV Prevention Strategic Plan, similar to that adopted by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) in January 2001.[2] Such a plan should include clear and measurable objectives, and be subject to regular monitoring and updating to ensure program efficacy.

We concur with the Committee's recommendation that the CHSA set five-year measurable goals for decreasing the annual number of HIV infections. We note that the Ministerial Council on HIV/AIDS cited shortcomings with the CSHA in this area: "The Strategy has goals and policy directions, and it encompasses a broad range of activities. But it does not have clear, precise and quantifiable objectives."[3]

The Canadian Alliance believes the Committee's call for five-year measurable goals should be taken one step further. We are calling for a targeted reduction in the annual rate of new HIV infections in Canada from over 4000 to 2000, within five years. (A similar objective is included in the CDC's strategic plan.) Such a reduction would save

---

1 See *Taking Stock: Assessing the Adequacy of the Government of Canada Investment in the Canadian Strategy on HIV/AIDS*, Ministerial Council on HIV/AIDS (2001), pp. 19-25.

2 *HIV Prevention Strategic Plan Through 2005*, Centers for Disease Control and Prevention, January 2001.

3 See *Taking Stock*, p. 32.

10,000 lives and prevent additional financial stresses on the health care system of hundreds of millions of dollars.

Programs funded through the HIV Prevention Strategic Plan should include ones which reflect the "ABC" model of preventing HIV infection, an approach which has proven very effective in Africa and is being adopted elsewhere. The ABC approach — Abstinence for unmarried adolescents, Be faithful for married couples or individuals in committed relationships and Condom use for those involved in high-risk behaviours — provides a clear, consistent message while targeting specific groups.

Recommendations:

That the Canadian Strategy on HIV/AIDS include a five-year HIV Strategic Prevention Plan. The plan should include clear and measurable objectives, as well as a process for accountability and regular evaluation.

That the HIV Strategic Prevention Plan include the goal of reducing the annual rate of new HIV infections in Canada from over 4000 to 2000 within five years.

That the HIV Strategic Prevention Plan allocate funds for programs based on the "ABC" model (Abstinence, Be faithful, Condom use where necessary).

Correctional Service Canada and Harm Reduction

The Canadian Alliance opposes committee recommendation 4(*d*) calling for Correctional Service Canada (CSC) to provide "harm reduction" strategies for the prevention of HIV/AIDS among intravenous drugs users in correctional facilities. Such strategies would see the introduction of needle exchanges to our federal prisons. This represents a fundamental shift from CSC's current official policy of zero tolerance for illegal drugs. It would also amount to an admission of defeat to the disturbing reality of heightened drug use and abuse among inmates.

Needle exchanges will contribute to increased drug use among inmates and consequently, higher levels of HIV/AIDS, hepatitis and other conditions. In addition, by increasing the number of needles in our prisons, guards will be subject to greater risk of injury and intimidation. We believe Correctional Services Canada's official policy of zero tolerance for illegal drugs should be maintained.

Recommendation:

That Correctional Service Canada maintain an official and enforced policy of zero tolerance for illegal drugs. Federal prisons should not embrace "harm reduction" measures, such as needle exchanges, for the prevention of HIV/AIDS among Canadian inmates.

Supplementary Opinion

Standing Committee on Health Report on Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS

Svend J. Robinson, MP

The New Democratic Party supports the recommendations of this report, but feels that it does not go far enough. We believe that the report should have also addressed the issues of cost and access to medications required by people living with HIV/AIDS, as well as the urgent need for Canada to contribute further resources to the global fight against the illness.

My New Democrat colleagues and I acknowledge and value the dedication and hard work of my fellow Committee members in holding hearings with a variety of important witnesses on the subject of the Canadian Strategy on HIV/AIDS. Like my colleagues, I want to thank all of the witnesses who appeared before us. Their evidence was of great value for its depth and insight.

In its report, the Committee has taken some important steps towards strengthening Canada's HIV/AIDS Strategy; however, it does not go far enough. The following are the key areas in which we believe that the report must be strengthened:

1. The Canadian Institutes of Health Research should consider funding public sector research on drug regime management studies, especially with regard to optimizing dosages.

2. Health Canada should work closely with consumer groups to facilitate HIV/AIDS drug approvals and to ensure surveillance follow-up.

3. The federal government should work with provinces and territories to implement the recommendations on prescription drugs relevant to HIV/AIDS contained in the Romanow Commission report, particularly by establishing a National Drug Agency, improving consistency in drug access and licensing nation-wide, developing a new medication management program for certain chronic and life-threatening illnesses, and most importantly reviewing Canadian patent policy with a view to reducing costs of prescription drugs.

4. Health Canada should work more closely with provinces and territories to ensure countrywide coverage for anti-Retroviral Treatment (ART) by health care providers.

5. Health Canada should work with provinces and territories to establish suggested standards for HIV treatment and for consistent Canada-wide access to routine pre-natal testing.
6. The federal government should increase its contribution to the global fight against HIV/AIDS and move towards the establishment of a Government of Canada International HIV/AIDS Strategy that reflects the principles and priorities set out by the affected nations through the UNAIDS program.

7. The federal government should provide leadership in ensuring that developing countries not be hindered by the interests of international pharmaceutical monopolies in their attempts to provide cheap and effective pharmaceutical drugs for their citizens living with HIV/AIDS.

8. The federal government should support a permanent solution under Article 30 of the TRIPS agreement, rather than supporting a 'waiver' solution to Paragraph 6 of the Doha Declaration, so as to improve the access of developing countries to generic HIV/AIDS and other drugs imported from other countries.

These are the key areas in which we believe the report should be strengthened.

MINUTES OF PROCEEDINGS

Wednesday, May 28, 2003
(*Meeting No. 38*)

The Standing Committee on Health met at 3:41 p.m. this day, in Room 308, West Block, the Chair, Bonnie Brown, presiding.

Members of the Committee present: Carolyn Bennett, Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Brenda Chamberlain, Raymonde Folco, Betty Hinton, Rob Merrifield, Svend Robinson, Hélène Scherrer, Carol Skelton and Yolande Thibeault.

Acting Member present: Bernard Bigras for Diane Bourgeois.

In attendance: *From the Library of Parliament*: Nancy Miller Chenier and Sonya Norris, research officers.

Witnesses: *From the Canadian Biotechnology Advisory Committee*: Mary Alton Mackey, Member, and Co-chair, GM Foods Steering Committee. *From the Canadian Food Inspection Agency*: Greg Orriss, Director, Bureau of Food Safety and Consumer Protection; Bart Bilmer, Director, Office of Biotechnology. *From the Canadian General Standards Board*: Doryne Peace, Chair, Committee on Voluntary Labelling of Foods Obtained or Not Obtained through Genetic Modification; Marian Gaucher, Secretary, Committee on Voluntary Labelling of Food Obtained or Not Obtained through Genetic Modification. *From the Department of Health*: Karen L. Dodds, Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch; Paul Mayers, Acting Associate Director General, Food Directorate, Health Products and Food Branch.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee held a session on the labelling of genetically modified foods.

Mary Alton Mackey, Greg Orriss and Doryne Peace made brief statements and, with other witnesses, answered questions.

At 5:02 p.m., the sitting was suspended.

At 5:05 p.m., the Committee proceeded to sit *in camera*.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its study on the Canadian Strategy on HIV/AIDS.

The Committee resumed consideration of a draft report.

It was agreed, — That, the Committee adopt the draft report, entitled *Strengthening the Canadian Strategy on HIV/AIDS*, as amended, as the third report of the Committee to the House.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to this report.

It was agreed, — That the Chair be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 108(1)(*a*), the Committee authorize the printing of brief dissenting and/or supplementary opinions as appendices to this report, immediately after the signature of the Chair, and that the opinions be sent to the Clerk of the Committee in electronic form in both official languages on/or before 3:00 p.m. on Monday, June 2, 2003.

It was agreed, — That the Chair, or her designate, be authorized to present the report to the House.

It was agreed, — That the Clerk of the Committee organize a press conference on tabling day, after the tabling of the report.

It was agreed, — That, having heard the update on the labelling of genetically modified foods, the Committee not pursue the subject further at this time.

At 5:23 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

José Cadorette
Clerk of the Committee

CHAMBRE DES COMMUNES
CANADA

RENFORCER LA STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Bonnie Brown, députée
Présidente

Juin 2003

Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : http://www.parl.gc.ca

En vente : Communication Canada — Édition, Ottawa, Canada K1A 0S9

RENFORCER LA STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Bonnie Brown, députée
Présidente

Juin 2003

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

PRÉSIDENTE

Bonnie Brown

VICE-PRÉSIDENTS

Stan Dromisky

Réal Ménard

MEMBRES

Carolyn Bennett

Diane Bourgeois

Jeannot Castonguay

Brenda Chamberlain

Raymonde Folco

Hon. Hedy Fry

Betty Hinton

Rob Merrifield

Svend Robinson

Hélène Scherrer

Carol Skelton

Yolande Thibeault

Greg Thompson

MEMBRE ASSOCIÉ QUI A PARTICIPÉ À CETTE ÉTUDE

James Lunney

GREFFIER DU COMITÉ

José Cadorette

DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Nancy Miller Chenier
Sonya Norris

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

Le Comité permanent de la santé est très préoccupé par la situation du VIH/sida au Canada. Le taux d'infection continue de progresser à un rythme alarmant, mais les ressources allouées à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida actuelle n'ont pas changé depuis 10 ans.

Après avoir écouté attentivement des témoignages éclairés sur la question, le Comité recommande un financement à long terme approprié pour juguler la progression de cette maladie et nous doter d'une stratégie efficace et durable de lutte contre les effets dévastateurs de cette maladie évitable.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier les témoins qui nous ont généreusement donné de leur temps et fait profiter de leurs connaissances et de leur expérience. Comme toujours, nous sommes redevables aux attachées de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, et au greffier du Comité, José Cadorette, pour leur aide professionnelle. En outre, nous sommes reconnaissants aux rédacteurs, aux interprètes, aux pupitreurs et aux autres personnes dont le travail et l'esprit d'équipe ont permis la réalisation du présent rapport.

Je voudrais aussi remercier chacun des membres du Comité, qui se sont investis dans cette étude avec beaucoup d'intérêt pour cette importante question.

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

TROISIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, votre comité a mené une étude sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et présente ses conclusions et recommandations.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES RECOMMANDATIONS 1

THÈME PRINCIPAL 7

LE POINT DE LA SITUATION AU CANADA 8

A. Une épidémie qui se transforme 8

B. Nouveaux défis 8

C. Perspectives d'avenir 9

FINANCEMENT ET ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA 9

A. Financement global 9

B. Responsabilités du gouvernement fédéral 10

C. Recherche d'un vaccin 11

D. Évaluation 11

DISTRIBUTION DU FINANCEMENT 13

A. Affectation globale 14

B. Affectations destinées aux segments de population particulièrement vulnérables 15

C. Financement de la recherche 15

COLLABORATION INTERMINISTÉRIELLE FÉDÉRALE 18

A. Problèmes liés au partenariat fédéral 18

B. Nécessité d'un partenariat fédéral élargi et coopératif 19

ANNEXE A — LISTE DES TÉMOINS 23

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT 25

OPINION DISSIDENTE — Alliance canadienne 27

OPINION COMPLÉMENTAIRE — Nouveau Parti démocratique 31

PROCÈS-VERBAL 33

LISTE DES RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATION 1 sur l'accroissement du financement

Au sujet de l'évaluation et du financement globaux de la nouvelle Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Comité recommande :

a) que le gouvernement fédéral porte à 100 millions de dollars le financement annuel total de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida;

b) que, sur cette somme, 5 millions de dollars par an soient alloués à chacune des deux sous-populations les plus vulnérables (les Indiens des Premières nations et les Inuits de même que les détenus) qui relèvent des autorités fédérales;

c) que, sur cette somme, 5 millions de dollars annuellement soient alloués aux chercheurs canadiens qui travaillent à la mise au point d'un vaccin;

d) que le financement accru de la Stratégie soit réexaminé deux ans plus tard afin de s'assurer qu'il est toujours adéquat compte tenu de l'évolution de la maladie et de ses conséquences financières, physiques et sociales sur la population;

e) que le financement accru de la Stratégie soit assujetti à des buts et objectifs quinquennaux chiffrés relativement à la baisse attendue du nombre annuel de nouveaux cas.

RECOMMANDATION 2 sur l'efficience et la reddition de comptes

Pour garantir l'efficacité de la Stratégie et l'évaluation continue de son financement, le Comité recommande :

a) que l'on confie à Santé Canada la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida et la déclaration des résultats de cet effort exhaustif concerté;

b) que Santé Canada établisse un secrétariat de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida doté d'un budget et d'un personnel désignés pour lui permettre de s'acquitter de ce rôle;

c) que Santé Canada collabore avec ses partenaires fédéraux pour faire en sorte que la Stratégie canadienne sur le VIH/sida soit assortie de buts et d'objectifs quinquennaux appropriés, clairs et mesurables et d'un processus d'évaluation et de reddition de comptes;

d) que Santé Canada s'entende avec ses partenaires fédéraux pour revoir l'ensemble du financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et sa distribution d'ici deux ans;

e) que Santé Canada fasse rapport annuellement au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida en mettant en rapport les objectifs et les réalisations suivant les directives du Conseil du Trésor.

RECOMMANDATION 3 sur la distribution générale des fonds

En ce qui concerne la distribution générale des fonds de la SCVS, le Comité recommande :

a) que, dans le contexte de l'examen de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida après deux ans, Santé Canada étudie avec ses partenaires fédéraux la répartition des fonds pour vérifier qu'ils répondent toujours aux besoins de l'heure sur les plans de la prévention, des traitements, de la recherche et des mesures prises pour faciliter l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH/sida;

b) que Santé Canada, en collaboration avec les autres ministères et les organismes fédéraux associés à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida renouvelée, multiplie les stratégies de prévention et veille à ce qu'elles soient bien ciblées de manière à répondre aux besoins particuliers des divers groupes particulièrement vulnérables;

c) que Santé Canada et ses partenaires fédéraux fassent en sorte que l'administration des programmes de sensibilisation et de prévention soient de plus en plus confiée aux groupes concernés comme les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les jeunes, les Autochtones et les collectivités ethniques et qu'ils tiennent davantage compte des considérations de culture, d'âge et de sexe.

RECOMMANDATION 4 sur les groupes concernés

En ce qui concerne la distribution du financement destiné aux groupes particulièrement concernés, le Comité recommande :

a) **que Santé Canada augmente les stratégies de prévention visant spécialement les jeunes, en veillant à ce que celles-ci soient adaptées selon l'âge, ciblent les secteurs que fréquentent les jeunes et répondent aussi aux besoins des jeunes des régions rurales et isolées;**

b) **que Santé Canada et ses partenaires fédéraux fournissent un financement à long terme stable aux organisations autochtones régionales de services relatifs au VIH/sida pour aider celles-ci à mettre au point des méthodes culturellement adaptées de lutte contre le VIH dans la communauté autochtone et à mettre en œuvre des programmes spécifiques visant à répondre aux besoins liés au VIH/sida du nombre excessivement élevé des détenus autochtones;**

c) **que Santé Canada et ses partenaires fédéraux veillent à ce que des mesures et des fonds suffisants soient consacrés aux personnes affectées par la stigmatisation sociale et la discrimination associées au VIH/sida et à ce que ces personnes aient davantage accès aux services médicaux, à l'emploi, à l'aide sociale, etc.;**

d) **que le Service correctionnel du Canada offre des stratégies de réduction des préjudices pour la prévention du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les établissements correctionnels sur la base de critères d'admissibilité similaires à ceux qui sont employés dans la collectivité en général (dans l'esprit de la recommandation contenue dans le rapport de décembre 2002 du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments);**

RECOMMANDATION 5 sur la recherche spécifique

En ce qui concerne la recherche spécifique, le Comité recommande :

a) **que les Instituts de recherche en santé du Canada envisagent l'affectation de fonds publics à la réalisation de recherches sexospécifiques et de recherches adaptées aux considérations d'ordre culturel;**

b) **que les Instituts de recherche en santé du Canada envisagent l'affectation de fonds publics à la réalisation de recherches sur des solutions de rechange non pharmaceutiques efficaces en matière de prévention et de traitement.**

RECOMMANDATION 6 visant la coordination

Pour assurer la coordination globale de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Comité recommande :

a) **que Santé Canada se charge au premier chef de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida et dépose tous les ans à la Chambre des communes un rapport sur les résultats attendus et les réalisations de la Stratégie, rapport qui sera renvoyé au Comité permanent de la santé;**

b) **que Santé Canada coordonne une Stratégie canadienne sur le VIH/sida interministérielle et interorganismes globale assortie d'objectifs mesurables;**

c) **qu'en plus du partenariat actuel avec le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida comporte des travaux coordonnés avec l'Agence canadienne de développement international sur les questions internationales, avec Affaires indiennes et du Nord Canada sur les questions touchant le soutien des Autochtones, avec Développement des ressources humaines Canada sur les questions d'emploi, avec Justice Canada sur les questions touchant aux droits de la personne, avec Citoyenneté et Immigration Canada sur la santé des immigrants et des réfugiés, et avec Industrie Canada sur la mise au point de vaccins et l'accès aux médicaments.**

RECOMMANDATION 7 concernant un partenariat fédéral élargi

En vue d'un partenariat fédéral élargi et coopératif, le Comité recommande :

a) **que le gouvernement fédéral dresse le plan d'une Stratégie canadienne sur le VIH/sida interministérielle et interorganismes plus complète et mieux coordonnée qui réponde, sur les plans national et international, aux besoins sanitaires, juridiques, économiques et autres des Canadiens vivant avec le VIH/sida;**

b) **que le gouvernement fédéral veille à ce que tout engagement financier en faveur des recherches internationales soit pris en consultation avec la collectivité des chercheurs canadiens et que les crédits accordés aux chercheurs étrangers visent des domaines dans lesquels les chercheurs canadiens ne travaillent pas ou ne sont pas aptes à s'engager;**

c) **que le gouvernement fédéral fasse de la collaboration bilatérale entre la collectivité des chercheurs canadiens en VIH/sida et les pays en développement une condition d'octroi des crédits de recherche internationaux, notamment en ce qui concerne les essais cliniques, la mise au point de vaccins et la résistance aux médicaments, et qu'il encourage les échanges de chercheurs.**

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) actuelle a été annoncée par le gouvernement fédéral il y a cinq ans, en mai 1998, et assortie d'une affectation budgétaire annuelle de 42,2 millions de dollars. Santé Canada procède actuellement à un réexamen de la Stratégie et prépare un rapport pour le ministre de la Santé qui sera prêt en juin 2003.

Chronologie de la Stratégie

1990 — Budget de 112 millions de dollars sur trois ans (37,3 millions de dollars par an)

1993 — 203,5 millions de dollars sur cinq ans (40,7 millions de dollars par an) plus un financement discrétionnaire d'au plus 1,5 million de dollars par an en cas d'urgence

1998 — 42,2 millions de dollars par an et réexamen au bout de cinq ans

Le Comité permanent de la santé a décidé d'examiner la Stratégie lorsqu'il a été saisi des préoccupations exprimées par les principaux partenaires non gouvernementaux de la Stratégie au sujet du financement annuel de celle-ci. Ces organisations sont en effet inquiètes de constater que les crédits consacrés à la SCVS sont demeurés stationnaires pendant les 10 dernières années de l'épidémie. En outre, bien que Santé Canada affirme qu'il existe maintenant un engagement de financement à long terme, elles ont des réserves au sujet des orientations qui pourraient être proposées au Ministre à l'issue de l'examen quinquennal.

Pour tenter de mieux comprendre les responsabilités du gouvernement fédéral et les mesures prises par celui-ci, le Comité a entendu en audience les principaux partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux concernés, à savoir, pour le gouvernement fédéral, Santé Canada, le Service correctionnel du Canada (SCC) et les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et, pour les organisations non gouvernementales, les suivantes :

- le Réseau canadien pour les essais VIH,
- le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements,
- le Réseau canadien autochtone du SIDA,
- l'Association canadienne de recherche sur le VIH,
- la Société canadienne du sida,
- le Réseau juridique canadien VIH/sida,
- l'International AIDS Society,
- la YouthCO AIDS Society.

LE POINT DE LA SITUATION AU CANADA

Le Comité a appris que des rapports parus à la fin des années 1990 signalaient une baisse du nombre de tests positifs de dépistage du VIH et prédisaient que les progrès réalisés au niveau thérapeutique préviendraient beaucoup de décès prématurés. Pourtant, les témoins entendus ont fait remarquer que, en dépit de ces signes encourageants, on estimait en 2002 qu'il y avait encore environ 4 000 nouveaux cas d'infection au VIH par an qui représentaient 600 millions de dollars de frais médicaux annuels additionnels. L'augmentation du nombre de personnes vivant avec le VIH, lequel est passé d'environ 30 000 en 1993 à plus de 54 000 en 2002, suscite une demande permanente et croissante de soins, de traitements et de services de soutien.

A. Une épidémie qui se transforme

Le Comité a appris que l'épidémie de sida s'est transformée et touche maintenant de nombreux groupes. Si la majorité des tests positifs de dépistage du VIH et des cas de sida signalés concernent encore des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, on a noté une légère baisse des cas en 2001 par rapport aux années précédentes. Par ailleurs, la tendance à la baisse des tests positifs de dépistage du VIH et des cas de sida déclarés parmi les utilisateurs de drogues injectables se confirme.

Cependant, le Comité s'inquiète d'une tendance troublante vers la transmission hétérosexuelle de la maladie. D'après les témoins, en 2001, les femmes représentaient la moitié des tests positifs de dépistage du VIH parmi les personnes de 15 à 29 ans. Or, les jeunes femmes en âge de procréer retiennent particulièrement l'attention à cause du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant. Par ailleurs, la proportion des cas de sida déclarés parmi les noirs et les Autochtones a beaucoup progressé, à tel point que les Autochtones représentent plus du quart de tous les nouveaux cas. Enfin, dans le quartier est du centre-ville de Vancouver, un des quartiers les plus déshérités du Canada où l'on trouve une forte population d'utilisateurs de drogues injectables et d'Autochtones, le taux d'infection au VIH frise les 40 % parmi certains groupes.

B. Nouveaux défis

Les témoins ont souligné que, en même temps que l'épidémie de VIH/sida devenait plus complexe et touchait plus de sous-groupes, le virus avait continué de subir des mutations et acquis une résistance à de nombreux médicaments. Ils ont fait remarquer que les vaccins testés en laboratoire ne se sont pas encore révélés efficaces, et que certaines personnes qui suivent des traitements antirétroviraux de longue durée souffrent maintenant de maladies cardiaques, de lésions organiques et d'autres troubles de santé.

Du côté de la prévention aussi, la situation n'est pas idéale. Certains des efforts déployés sur ce plan sont au point mort du fait que les Canadiens ont perdu le sentiment

d'urgence que suscitaient autrefois chez eux les risques associés au VIH/sida pour eux-mêmes et pour la santé publique en général. Chez certains groupes comme les jeunes, les Autochtones et les détenus, des considérations d'ordre social, culturel et pratique limitent le type et le degré d'intervention.

C. Perspectives d'avenir

Dans l'ensemble, les témoins estiment que l'évolution de la nature de l'épidémie de VIH/sida et les difficultés qui en découlent exigent plus que jamais l'application d'une stratégie nationale coordonnée sur le VIH/sida dotée d'un budget approprié. Ils sont d'accord avec les objectifs actuels de la Stratégie comme prévenir la propagation du VIH, trouver un remède à la maladie, élaborer des vaccins, des médicaments et des thérapies efficaces, assurer des soins, un traitement et un soutien aux personnes qui vivent avec le VIH/sida, aux personnes qui les soignent, à leur famille et à leurs amis, réduire les répercussions dommageables du VIH/sida sur les personnes et les collectivités et atténuer les facteurs économiques et sociaux qui augmentent le risque d'infection au VIH.

Certains témoins doutent cependant que les ressources que l'on consacre actuellement à la SCVS permettent d'atteindre ces objectifs. Les premières interventions des partenaires de la Stratégie étaient axées sur un groupe particulièrement vulnérable (les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes), mais la transmission par contact hétérosexuel et par utilisation de drogues injectables fait des victimes de plus en plus nombreuses dans d'autres groupes. S'ajoutent à ceux-ci d'autres sous-groupes particulièrement vulnérables parmi les jeunes, les Autochtones, les immigrants et les femmes, si bien que les ressources courantes ne peuvent plus suffire à la tâche et que la lutte contre le VIH/sida perd de son efficacité.

FINANCEMENT ET ÉVALUATION DE LA STRATÉGIE CANADIENNE SUR LE VIH/SIDA

Les témoins ont fait valoir au Comité que, si la réaction initiale des autorités à l'épidémie a été admirable et si la Stratégie demeure profitable, le financement de celle-ci étant demeuré stationnaire depuis 1993 (42,2 millions de dollars par an), on a en fait perdu beaucoup de terrain sur plusieurs plans (taux d'infection, recherche, solutions thérapeutiques et inflation) et il importe de rectifier le tir.

A. Financement global

Selon les témoins entendus, il faut accroître sensiblement le financement global de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. La plupart des témoins estiment même qu'il faut le doubler pour le porter à au moins 85 millions de dollars par an. Ils ont rappelé à quel point l'apport du gouvernement fédéral est essentiel dans le cas particulier du VIH/sida du fait que, contrairement aux autres maladies qui bénéficient de contributions

importantes de la part d'organismes de bienfaisance ou de particuliers, le VIH/sida a très peu de sources de financement en dehors du gouvernement.

De nombreux témoins ont fait allusion au rapport intitulé *Faire le point : évaluation de la pertinence de l'investissement du gouvernement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, rédigé en janvier 2001 à l'intention du Conseil ministériel sur le VIH/sida (Martin Spigelman Research Associates). On y fait remarquer que le financement de la SCVS n'a pas augmenté au même rythme que le VIH/sida, que la valeur réelle de l'investissement a diminué progressivement en raison de l'inflation, et que l'engagement financier n'a pas tenu compte de l'excédent budgétaire fédéral croissant.

Le rapport Spigelman (et de nombreux témoins) a mis en relief les économies à long terme que pourrait entraîner un niveau d'investissement plus généreux dans la SCVS. On épargnerait 150 000 $ par an (15 000 $ au seul titre des médicaments aux prix courants, mais qui augmentent constamment) pour chaque cas d'infection au VIH prévenu. Si le taux actuel d'infection (4 000 cas par an) était ramené à 1 700 par an, on pourrait économiser 4 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années. On a cependant souligné que seuls des investissements importants permettraient de susciter les modifications du comportement social requises pour obtenir de telles réductions des taux d'infection.

Les témoins ont dit au Comité que les investissements du Canada dans la lutte contre le VIH/sida au pays ne devraient pas être dépassés par ceux qu'il fait sur le plan international. Ils ont signalé que le financement de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) au titre des programmes relatifs au VIH avait quadruplé entre 2000 et 2005. Ils ont aussi parlé des investissements substantiels faits récemment à l'égard de l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida et du Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme de l'ONU. Par comparaison, l'investissement total du Canada dans la recherche sur le VIH au pays et les sommes dépensées par personne infectée reste parmi les plus faibles des pays industrialisés.

B. Responsabilités du gouvernement fédéral

Les témoins ont rappelé au Comité que Santé Canada est le principal ministère chargé des questions relative au VIH/sida, et qu'il supervise les grandes décisions budgétaires concernant les 42,2 millions de dollars de financement annuel. Santé Canada est également chargé de la prestation des services de santé aux Indiens inscrits des Premières nations et aux Inuits. Le Service correctionnel du Canada, qui dispose de moins d'un million de dollars, s'occupe du problème au sein de la population des établissements correctionnels fédéraux. Par ailleurs, bien que les Instituts de recherche en santé du Canada disposent de près de 10 millions de dollars annuellement pour répondre aux multiples besoins en recherche, certains témoins estiment qu'il serait avantageux pour les autres personnes dans la même situation que l'on finance

davantage de recherches sur les Autochtones et les détenus qui relèvent des autorités fédérales.

Les organisations non gouvernementales ont signalé de graves lacunes dans le niveau et la nature de la réponse auprès des populations qui relèvent du gouvernement fédéral comme les Indiens des Premières nations et les Inuits qui vivent dans la population générale et les détenus des établissements correctionnels fédéraux. Bien que le taux d'infection au VIH/sida ait considérablement augmenté dans certains segments de ces populations depuis 10 ans, le niveau de financement est demeuré stationnaire. Le Comité de la santé tient à s'assurer que le gouvernement fédéral allouera des fonds suffisants au financement de ses obligations envers ces populations qui relèvent directement de lui.

C. Recherche d'un vaccin

D'après les témoins, l'élaboration d'un vaccin est un domaine de recherche qui mérite un financement distinct d'au moins 5 millions de dollars par an. Alors que l'on consacre actuellement environ 1,3 million de dollars à l'élaboration d'un vaccin contre le VIH au Canada, les États-Unis affectent 400 millions à ces travaux et la France, environ 8 millions d'euros.

Les témoins ont expliqué au Comité que l'élaboration d'un vaccin constituait un effort à long terme impossible à intégrer efficacement à des plans à court terme. Ils ont en outre signalé au Comité que la décision de l'ACDI de verser une contribution de 50 millions de dollars à l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida — un consortium non gouvernemental d'envergure mondiale fondé en 1996 — en 2002 avait été prise sans aucune consultation auprès des chercheurs canadiens et les avait offensés, eux qui manquent déjà tellement d'argent.

D. Évaluation

Parallèlement à un accroissement du financement, on réclame aussi une évaluation claire et transparente des objectifs déclarés et des résultats de la Stratégie renouvelée. Les témoins sont convaincus que l'affectation de ressources accrues entraînera des résultats concrets. Il est de toute évidence important de procéder à des évaluations pour vérifier si les objectifs visés sont atteints. Tous les participants sont déterminés à chercher des mesures efficaces qui permettront de réduire et, si possible, de faire disparaître le VIH/sida.

Le Comité appuie les particuliers et les groupes qui participent aux divers volets de la Stratégie et partage leur volonté de savoir si toutes les parties concernées respectent leurs engagements. Les organisations actives dans la lutte contre le VIH/sida en collaboration avec leurs partenaires du gouvernement savent que l'élimination du VIH/sida exigera des évaluations soigneuses, un examen régulier des décisions et des

révisions occasionnelles de la distribution des ressources entre les divers volets de la Stratégie. Il faut aussi régulièrement contrôler les objectifs établis pour en évaluer la pertinence compte tenu de l'évolution de la maladie et des groupes concernés. Ce contrôle permanent des informations courantes peut faciliter la prise des décisions et, ainsi, améliorer les résultats obtenus.

Le Comité partage l'avis des témoins qui recommandent que l'on double les crédits alloués à la SCVS pour les porter à au moins 85 millions de dollars par an. Certains témoins ont cependant aussi rappelé les responsabilités constitutionnelles particulières du gouvernement fédéral envers certaines populations autochtones et carcérales pour demander qu'il alloue des fonds particuliers à ces deux groupes considérés comme exposés à un risque plus élevé que la moyenne. Les témoins ont aussi demandé un financement ciblé à l'appui des chercheurs canadiens qui travaillent à l'élaboration de vaccins. En outre, le Comité s'attend que la Stratégie renouvelée sera assortie de meilleurs mécanismes de reddition de comptes et d'information du Parlement sur l'usage des fonds, la prestation des programmes et les résultats obtenus.

RECOMMANDATION 1 sur l'accroissement du financement

Au sujet de l'évaluation et du financement globaux de la nouvelle Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Comité recommande :

a) que le gouvernement fédéral porte à 100 millions de dollars le financement annuel total de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida;

b) que, sur cette somme, 5 millions de dollars par an soient alloués à chacune des deux sous-population les plus vulnérables (les Indiens des Premières nations et les Inuits de même que les détenus) qui relèvent des autorités fédérales;

c) que, sur cette somme, 5 millions de dollars annuellement soient alloués aux chercheurs canadiens qui travaillent à la mise au point d'un vaccin;

d) que le financement accru de la Stratégie soit réexaminé deux ans plus tard afin de s'assurer qu'il est toujours adéquat compte tenu de l'évolution de la maladie et de ses conséquences financières, physiques et sociales sur la population;

e) que le financement accru de la Stratégie soit assujetti à des buts et objectifs quinquennaux chiffrés relativement à la baisse attendue du nombre annuel de nouveaux cas.

RECOMMANDATION 2 sur l'efficience et la reddition de comptes

Pour garantir l'efficacité de la Stratégie et l'évaluation continue de son financement, le Comité recommande :

a) **que l'on confie à Santé Canada la coordination et la mise en œuvre de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida et la déclaration des résultats de cet effort exhaustif concerté;**

b) **que Santé Canada établisse un secrétariat de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida doté d'un budget et d'un personnel désignés pour lui permettre de s'acquitter de ce rôle;**

c) **que Santé Canada collabore avec ses partenaires fédéraux pour faire en sorte que la Stratégie canadienne sur le VIH/sida soit assortie de buts et d'objectifs quinquennaux appropriés, clairs et mesurables et d'un processus d'évaluation et de reddition de comptes;**

d) **que Santé Canada s'entende avec ses partenaires fédéraux pour revoir l'ensemble du financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida et sa distribution d'ici deux ans;**

e) **que Santé Canada fasse rapport annuellement au Parlement par l'intermédiaire du ministre de la Santé sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida en mettant en rapport les objectifs et les réalisations suivant les directives du Conseil du Trésor.**

DISTRIBUTION DU FINANCEMENT

La distribution du financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida est elle aussi demeurée inchangée depuis longtemps. Les crédits continuent d'être répartis entre les 10 secteurs de programme suivants :

Programme	Budget (en millions de dollars)[1]
Prévention	3,90
Développement communautaire et aide aux ONG nationales	10,00
Soins, traitement et soutien	4,75
Recherche	13,15
Surveillance	4,30
Collaboration internationale	0,30
Questions de droit, d'éthique et de droits de la personne	0,70
Collectivités autochtones	2,60
Consultation, évaluation, contrôle et déclaration	1,90
Service correctionnel du Canada	0,60

A. Affectation globale

Les partenaires qui ont participé à la distribution initiale du financement à la fin des années 1990 sont d'avis que la répartition reste valable. Ils ont souligné que tous les domaines de programme souffraient également de l'insuffisance du financement, et qu'ils contribuaient tous à l'objectif global de réduction du VIH/sida. Selon eux, le nouveau financement devrait couvrir des secteurs de programme semblables, en précisant certains domaines dans lesquels il importerait d'investir de l'argent. Santé Canada a indiqué que l'examen quinquennal actuellement en cours portera entre autres sur la distribution et le montant du financement.

D'après les témoins, il faut accroître le financement pour :

- obtenir des résultats similaires à ceux du Royaume-Uni et de l'Australie en matière de prévention;
- étendre les mesures efficaces de réduction des préjudices;
- atteindre les groupes très vulnérables, en particulier les jeunes;
- lancer des initiatives concernant la santé des populations pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida;
- élaborer des programmes adaptés aux besoins des collectivités autochtones;

[1] Ces affectations budgétaires sont les mêmes dans le rapport de contrôle subséquent (1999-2000) et dans le *Rapport du Canada sur le VIH/sida 2001*.

- améliorer les services offerts par les ONG dans la collectivité;
- améliorer la surveillance;
- financer des travaux de recherche sur le VIH/sida.

B. Affectations destinées aux segments de population particulièrement vulnérables

Les témoins entendus tiennent particulièrement à ce que le financement soit concentré sur les nouveaux segments de population à risque observés parmi les femmes, les jeunes, les Autochtones, les immigrants et les détenus. Pour eux, le « nouveau visage du sida » exige des modifications des stratégies de prévention, des stratégies de traitement, des programmes d'action directe dans les collectivités et des autres éléments de l'effort de réduction du VIH/sida dans ces populations.

La SCVS était à l'origine concentrée essentiellement sur un groupe à risque, à savoir les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Comme l'épidémie s'est maintenant répandue dans d'autres groupes, les témoins réclament l'affectation de fonds additionnels dans le contexte de la SCVS pour l'élaboration de nouvelles approches. Ces efforts pourraient comprendre, dans le cas des jeunes, la sensibilisation par les pairs et du théâtre interactif, des programmes adaptés à la culture des Autochtones et des méthodes tenant compte des besoins des habitants des régions rurales.

Le Service correctionnel du Canada a indiqué que l'affectation de 600 000 $ (1,4 % du budget de la Stratégie) qui lui est destinée a été rapidement absorbée par les travaux de conception des programmes axés sur les besoins particuliers des prisons. Les taux d'infection ayant beaucoup augmenté dans les établissements correctionnels fédéraux, le SCC dépense bien plus que ce qui lui est alloué aux termes de la SCVS pour les soins, le traitement et le soutien liés au VIH/sida ainsi que pour la surveillance des maladies infectieuses parmi les détenus fédéraux.

C. Financement de la recherche

Les témoins ont en outre souligné l'insuffisance du financement de la recherche sur le VIH/sida et précisé que, à l'échelle nationale, 30 % seulement des propositions de recherche bénéficient de crédits. Par ailleurs, si l'effort de recherche canadien sur le VIH était important au début de l'épidémie et si ces travaux produisent encore des résultats intéressants compte tenu des sommes investies, il reste que le Canada tire maintenant de l'arrière à ce chapitre.

On a fait valoir au Comité l'importance de soutenir la recherche sur les dimensions sociales et culturelles du problème, sur ses aspects biomédicaux et sur les services de santé. On recommande entre autres la réalisation de travaux de recherche adaptés à la culture autochtone, et d'autres sur les interventions sociales qui fonctionnent auprès des

jeunes et sur les éléments du problème qui concernent les femmes, tels que les essais de médicaments et la production de microbicides.

Aux termes de la SCVS actuelle, Santé Canada s'associe aux Instituts de recherche en santé du Canada pour financer des recherches connexes dans des domaines multiples. Sur les 13,15 millions de dollars alloués à la recherche dans le contexte de la Stratégie, les IRSC en distribuent actuellement environ 10,2 millions, plus 5 millions de dollars destinés à des recherches visant à améliorer la qualité et la durée de la vie des personnes porteuses du VIH, à réduire la transmission et la progression de la maladie et à améliorer les méthodes thérapeutiques. Le Comité est conscient du fait que les IRSC doivent répondre à des besoins multiples, mais il aimerait quand même qu'ils consacrent davantage de fonds à la recherche sur le VIH/sida.

Les témoins entendus prônent l'affectation de fonds expressément à l'appui des sous-groupes vulnérables marginalisés qu'on observe parmi les jeunes, les Autochtones, les femmes, les habitants des régions rurales, les immigrants, les travailleurs du sexe et les détenus. Ils ont aussi fait ressortir l'importance des démarches adaptées aux groupes visés, des recherches tenant compte des considérations d'ordre culturel et des recherches sexospécifiques, notamment des recherches sur les microbicides et des essais de médicaments, de même que des recherches sur des traitements non pharmaceutiques. Ils ont en outre souligné les obligations internationales du Canada aux termes de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida en 2001 et fixant des objectifs globaux de prévention et de réduction de la prévalence de la maladie parmi les jeunes et prévoyant l'affectation de ressources visant à lutter contre la discrimination et à stimuler la recherche.

RECOMMANDATION 3 sur la distribution générale des fonds

En ce qui concerne la distribution générale des fonds de la SCVS, le Comité recommande :

a) que, dans le contexte de l'examen de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida après deux ans, Santé Canada étudie avec ses partenaires fédéraux la répartition des fonds pour vérifier qu'ils répondent toujours aux besoins de l'heure sur les plans de la prévention, des traitements, de la recherche et des mesures prises pour faciliter l'intégration sociale des personnes vivant avec le VIH/sida;

b) que Santé Canada, en collaboration avec les autres ministères et les organismes fédéraux associés à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida renouvelée, multiplie les stratégies de prévention et veille à ce qu'elles soient bien ciblées de manière à répondre aux besoins particuliers des divers groupes particulièrement vulnérables;

c) que Santé Canada et ses partenaires fédéraux fassent en sorte que l'administration des programmes de sensibilisation et de prévention soient de plus en plus confiée aux groupes concernés comme les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les jeunes, les Autochtones et les collectivités ethniques et qu'ils tiennent davantage compte des considérations de culture, d'âge et de sexe.

RECOMMANDATION 4 sur les groupes concernés

En ce qui concerne la distribution du financement destiné aux groupes particulièrement concernés, le Comité recommande :

a) que Santé Canada augmente les stratégies de prévention visant spécialement les jeunes, en veillant à ce que celles-ci soient adaptées selon l'âge, ciblent les secteurs que fréquentent les jeunes et répondent aussi aux besoins des jeunes des régions rurales et isolées;

b) que Santé Canada et ses partenaires fédéraux fournissent un financement à long terme stable aux organisations autochtones régionales de services relatifs au VIH/sida pour aider celles-ci à mettre au point des méthodes culturellement adaptées de lutte contre le VIH dans la communauté autochtone et à mettre en œuvre des programmes spécifiques visant à répondre aux besoins liés au VIH/sida du nombre excessivement élevé des détenus autochtones;

c) que Santé Canada et ses partenaires fédéraux veillent à ce que des mesures et des fonds suffisants soient consacrés aux personnes affectées par la stigmatisation sociale et la discrimination associées au VIH/sida et à ce que ces personnes aient davantage accès aux services médicaux, à l'emploi, à l'aide sociale, etc.;

d) que le Service correctionnel du Canada offre des stratégies de réduction des préjudices pour la prévention du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les établissements correctionnels sur la base de critères d'admissibilité similaires à ceux qui sont employés dans la collectivité en général (dans l'esprit de la recommandation contenue dans le rapport de décembre 2002 du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments);

RECOMMANDATION 5 sur la recherche spécifique

En ce qui concerne la recherche spécifique, le Comité recommande :

a) que les Instituts de recherche en santé du Canada envisagent l'affectation de fonds publics à la réalisation de recherches sexospécifiques et de recherches adaptées aux considérations d'ordre culturel;

b) que les Instituts de recherche en santé du Canada envisagent l'affectation de fonds publics à la réalisation de recherches sur des solutions de rechange non pharmaceutiques efficaces en matière de prévention et de traitement.

COLLABORATION INTERMINISTÉRIELLE FÉDÉRALE

À l'heure actuelle, Santé Canada, le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada sont les participants fédéraux à la SCVS. Santé Canada est responsable des questions liées au VIH/sida et coordonne les ressources affectées à la SCVS. Comme nous le signalons plus haut, les IRSC administrent la plupart des fonds de recherche de la Stratégie, tandis que le SCC se concentre sur le financement des efforts de lutte contre le VIH/sida dans le milieu correctionnel fédéral. Pour sa part, l'Agence canadienne de développement international apporte son concours à l'extérieur du Canada aux priorités de développement social, notamment la lutte contre le VIH/sida.

A. Problèmes liés au partenariat fédéral

En ce qui concerne le financement accordé dans le cadre de la Stratégie actuelle, le Comité a entendu plusieurs préoccupations touchant les ministères et organismes fédéraux et la nature de leur collaboration. Par exemple, les témoins ont soulevé des questions au sujet de la suffisance du financement fourni à même les fonds limités dont dispose le SCC pour travailler avec diverses populations de détenus dans de nombreux établissements de tout le pays. Ils ont en outre indiqué que la proportion du financement global des IRSC affectée à la recherche sur le VIH/sida hors du cadre de la SCVS n'est pas suffisante pour être répartie entre des instituts multiples et des domaines divers comme la recherche biomédicale, les essais en laboratoire, les services de santé et la santé de la population.

Certes, les témoins appuient la participation du Canada aux efforts internationaux de lutte contre le VIH/sida, mais ils mettent en doute plusieurs aspects de l'approche et des activités de l'ACDI. Ils déplorent le manque de consultation avec les chercheurs canadiens. Ils remettent en question l'opportunité de verser des fonds pour l'élaboration d'un vaccin à des chercheurs non canadiens par l'entremise de l'Initiative internationale

pour un vaccin contre le sida, alors que la recherche canadienne est sous-financée. Le Comité estime que l'investissement quinquennal de 270 millions de dollars de l'ACDI pourrait servir à lutter contre le VIH/sida autant au Canada qu'à l'étranger. Selon lui, il faudrait coordonner les efforts faits au Canada et appuyer les études sur la résistance aux médicaments entreprises par des Canadiens dans les pays en développement. Insistant également sur la prévention, l'action communautaire, les soins, les traitements, le soutien aux malades et les droits de la personne, le Comité aimerait voir une meilleure collaboration avec les partenaires canadiens dans le domaine du VIH/sida lorsque l'ACDI augmentera son financement à ce titre à 80 millions de dollars par année d'ici 2005. Il aimerait que la coordination soit plus claire entre le financement international et la SCVS et qu'une partie du financement soit consacrée aux efforts canadiens dans ce domaine.

B. Nécessité d'un partenariat fédéral élargi

En tant que ministère responsable de la SCVS, Santé Canada s'est appliqué au fil des ans à créer un contexte de collaboration pour les personnes touchées par l'épidémie de VIH/sida. Toutefois, son mode d'interaction avec les autres ministères et organismes fédéraux concernés et la façon dont il soutient ou surveille leurs activités ne sont pas clairs. Les témoins ont mentionné d'autres domaines stratégiques importants pour les travaux relatifs au VIH/sida intéressant des ministères fédéraux qui ne participent pas actuellement à la SCVS.

La Stratégie actuelle a entre autres pour but de réduire les effets nuisibles du VIH/sida sur les personnes et les collectivités et de déterminer les facteurs économiques et sociaux qui accroissent le risque d'infection au VIH. Or ces mandats débordent le champ de compétence de Santé Canada, du SCC et des IRSC. Par exemple, la pauvreté, le problème des sans-abri, l'aide à l'emploi et l'invalidité sont du ressort de Développement des ressources humaines Canada. Le soutien social, le logement et les autres questions touchant les Autochtones atteints du VIH/sida relèvent d'Affaires indiennes et du Nord Canada. Les questions relatives aux droits de la personne entourant la honte et la discrimination vécues par les personnes atteintes du VIH/sida sont importantes pour le ministère de la Justice. Pour sa part, Citoyenneté et Immigration Canada s'intéresse activement à l'état de santé des nouvelles populations, qu'il s'agisse d'immigrants ou de réfugiés. Industrie Canada, pour sa part, pourrait établir l'infrastructure nécessaire pour tester les vaccins et travailler avec les sociétés pharmaceutiques afin d'assurer l'accès à des médicaments moins coûteux.

Le Comité a pris conscience des préoccupations relatives au manque de coordination entre les ministères et organismes fédéraux chargés d'administrer les fonds de lutte contre le VIH/sida. Certains témoins estiment nécessaire d'augmenter le financement des stratégies de sensibilisation, de prévention et de traitement du VIH/sida dans les prisons fédérales, d'améliorer la communication concernant les priorités de recherche et les engagements internationaux de la part des organismes fédéraux, et de renforcer la collaboration interministérielle.

RECOMMANDATION 6 visant la coordination

Pour assurer la coordination globale de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, le Comité recommande :

a) **que Santé Canada se charge au premier chef de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida et dépose tous les ans à la Chambre des communes un rapport sur les résultats attendus et les réalisations de la Stratégie, rapport qui sera renvoyé au Comité permanent de la santé;**

b) **que Santé Canada coordonne une Stratégie canadienne sur le VIH/sida interministérielle et interorganismes globale assortie d'objectifs mesurables;**

c) **qu'en plus du partenariat actuel avec le Service correctionnel du Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, la Stratégie canadienne sur le VIH/sida comporte des travaux coordonnés avec l'Agence canadienne de développement international sur les questions internationales, avec Affaires indiennes et du Nord Canada sur les questions touchant le soutien des Autochtones, avec Développement des ressources humaines Canada sur les questions d'emploi, avec Justice Canada sur les questions touchant aux droits de la personne, avec Citoyenneté et Immigration Canada sur la santé des immigrants et des réfugiés, et avec Industrie Canada sur la mise au point de vaccins et l'accès aux médicaments.**

RECOMMANDATION 7 concernant un partenariat fédéral élargi

En vue d'un partenariat fédéral élargi et coopératif, le Comité recommande :

a) **que le gouvernement fédéral dresse le plan d'une Stratégie canadienne sur le VIH/sida interministérielle et interorganismes plus complète et mieux coordonnée qui réponde, sur les plans national et international, aux besoins sanitaires, juridiques, économiques et autres des Canadiens vivant avec le VIH/sida;**

b) **que le gouvernement fédéral veille à ce que tout engagement financier en faveur des recherches internationales soit pris en consultation avec la collectivité des chercheurs canadiens et que les crédits accordés aux chercheurs étrangers visent des**

domaines dans lesquels les chercheurs canadiens ne travaillent pas ou ne sont pas aptes à s'engager;

c) que le gouvernement fédéral fasse de la collaboration bilatérale entre la collectivité des chercheurs canadiens en VIH/sida et les pays en développement une condition d'octroi des crédits de recherche internationaux, notamment en ce qui concerne les essais cliniques, la mise au point de vaccins et la résistance aux médicaments, et qu'il encourage les échanges de chercheurs.

ANNEXE A
LISTE DES TÉMOINS

Organismes et particuliers	Date	Réunion
Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements / « Voices of Positive Women »	17/03/2003	24
Louise Binder, présidente		
Réseau canadien pour les essais VIH		
Martin Schechter, directeur national / titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le VIH/sida et sur la santé de la population urbaine		
Société du sida YouthCO		
Sheena Sargent, coordonnatrice des programmes d'éducation		
Instituts de recherche en santé du Canada	19/03/2003	25
Bhagirath Singh, directeur scientifique, Institut des maladies infectieuses et immunitaires		
Karl Tibelius, directeur, Développement de la capacité en recherche		
Ministère de la santé		
Howard Njoo, directeur général, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses		
Steven Sternthal, directeur intérimaire, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida		
Service correctionnel Canada		
Sandra Black, coordonnatrice nationale des projets de maladies infectieuses		
Françoise Bouchard, directrice générale, Services de santé		
« Canadian Association of HIV Researchers »	24/03/2003	26
Kenneth Rosenthal, président / professeur, Université McMaster		
« International AIDS Society »		
Mark Wainberg, président désigné / directeur, Centre Sida McGill		
Réseau canadien autochtone du sida		
Art Zoccole, directeur général		
Réseau juridique canadien VIH/sida		
Ralf Jürgens, directeur général		
Société canadienne du sida		
Paul Lapierre, directeur général		

DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (*séances n^{os} 24, 25, 26, 33, 34, 37 et 38, incluant le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

La présidente

Bonnie Brown, députée

Opinion dissidente de l'Alliance canadienne

présenté par Rob Merrifield, porte-parole principal pour la santé
Carol Skelton, porte-parole pour la santé
Betty Hinton, porte-parole pour la santé

INTRODUCTION

L'épidémie de VIH/sida continue d'avoir des effets dévastateurs sur la santé et la vie de milliers de Canadiens. La situation est d'autant plus troublante que le VIH/sida est parfaitement évitable. Dans notre rapport minoritaire, nous insistons sur la nécessité de doter la Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) d'un important volet de prévention. L'Alliance canadienne estime que les gouvernements, les autorités sanitaires et les organisations locales doivent faire un effort plus ciblé, concerté et soutenu pour prévenir la transmission du VIH. Nous sommes convaincus que cette orientation rapportera gros en amélioration de la santé humaine, en vies épargnées et en réduction des dépenses de santé.

FINANCEMENT

L'Alliance canadienne est d'accord pour qu'on augmente les crédits consacrés à la Stratégie canadienne sur le VIH/sida compte tenu de la gravité persistante de l'épidémie, du nombre croissant de Canadiens qui vivent avec le VIH/sida et du fait que le financement annuel de la SCVS est inchangé depuis plusieurs années.

Cependant, là où le Comité recommande de porter le budget de la Stratégie à 100 millions de dollars par an, nous estimons que 85 millions de dollars par an suffiraient, pour les raisons suivantes.

D'abord, plusieurs témoins concernés ont spécifiquement réclamé que l'on double le financement annuel de la Stratégie pour le porter de 42,2 millions à 85 millions de dollars par an. Une augmentation supérieure ne serait sûrement pas mal accueillie, mais le gouvernement fédéral doit prendre en considération les besoins financiers associés aux autres priorités du secteur de la santé et des autres secteurs.

Ensuite, certains des segments de population vulnérables pour lesquels le Comité recommande un financement spécifique (par exemple 5 millions de dollars pour les Premières Nations et les Inuits et 5 millions de dollars pour les détenus) représentent des priorités de dépenses déjà comprises dans la Stratégie. Ainsi, selon les priorités de dépenses déjà établies, le fait de porter le budget de la SCVS à 85 millions de dollars doublerait les fonds destinés à ces groupes (5,2 millions de dollars pour les Premières Nations et les Inuits).

Enfin, il faut admettre que le succès de la lutte contre le VIH/sida n'est pas seulement affaire de sous. Les États-Unis, qui dépensent pourtant bien plus que le Canada au titre du VIH/sida (12 $ par habitant contre 1,40 $ par habitant) affichent néanmoins un taux de prévalence du VIH 94 % plus élevé que celui que l'on observe au Canada. Par contre, l'Australie dépense moins que le Canada (1,25 $ par habitant) et enregistre pourtant un taux de prévalence inférieur de 60 % à celui du Canada. D'après le Conseil ministériel sur le VIH/sida, « [i]l est évident que les dépenses ne définissent pas à elles seules la réussite d'un pays sur le plan de la prévention de la propagation du VIH/sida [1] ». Ces constatations montrent que, au-delà des questions d'argent, il faut se doter de stratégies de prévention hâtives, efficaces et contrôlées de près.

Recommandation :

Que le financement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida soit porté à 85 millions de dollars par an.

PRÉVENTION

L'Alliance canadienne estime que la Stratégie canadienne renouvelée sur le VIH/sida doit être axée sur un important volet de prévention. De nombreux observateurs ont fait remarquer que le VIH/sida est une maladie mortelle à 100 % mais aussi évitable à 100 %.

La Stratégie canadienne sur le VIH/sida présente une grave lacune dans la mesure où elle ne comporte pas de plan clair et coordonné de prévention du VIH. En conséquence, nous recommandons l'élaboration d'un plan stratégique de prévention du VIH similaire à celui qui a été adopté par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis en janvier 2001[2]. Ce plan doit être associé à des objectifs clairs et mesurables et faire l'objet de mesures régulières de contrôle et de mise à jour pour en assurer l'efficacité.

Nous souscrivons à la recommandation du Comité d'établir, dans le cadre de la SCVS, des objectifs quinquennaux mesurables de réduction du nombre annuel d'infections au VIH. Nous notons que le Conseil consultatif national sur le VHI/sida a conclu à l'existence de lacunes dans la Stratégie à ce chapitre : « La Stratégie est associée à une vision ainsi qu'à des buts et à des orientations stratégiques; de plus, elle englobe un large éventail d'activités. Toutefois, elle ne dispose pas d'objectifs clairs, précis et quantifiables[3]. »

---

[1] Voir *Faire le point : évaluation de la pertinence de l'investissement du gouvernement du Canada dans la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, Conseil ministériel sur le VIH/sida (2001), p. 25.

[2] *HIV Prevention Strategic Plan Through 2005*, Centers for Disease Control and Prevention, janvier 2001.

[3] Voir *Faire le point*, p. 36.

L'Alliance canadienne estime que la recommandation du Comité doit aller plus loin. Nous recommandons de ramener de 4 000 à 2 000 d'ici cinq ans le nombre annuel des nouveaux cas d'infection au VIH déclarés. (Le plan stratégique des CDC prévoit un objectif similaire.) Une telle réduction permettrait d'épargner 10 000 vies et d'éviter au système de santé des centaines de millions de dollars de dépenses.

Les programmes financés par la voie du plan stratégique de prévention du VIH devraient en comporter certains qui prônent le modèle de prévention en trois volets qui s'est avéré très efficace en Afrique et est adopté ailleurs : abstinence pour les adolescents non mariés; fidélité pour les couples; et usage du condom par les personnes qui s'adonnent à des comportements très risqués. Cette formule diffuse un message clair et uniforme, et cible des groupes précis.

Recommandations :

Que la Stratégie canadienne sur le VIH/sida comporte un plan stratégique quinquennal de prévention du VIH/sida. Ce plan doit comprendre des objectifs clairs et mesurables, de même qu'un processus de reddition de comptes et un programme d'évaluations régulières.

Que le plan stratégique de prévention du VIH ait pour objectif de ramener de 4 000 à 2 000 d'ici cinq ans le nombre annuel de nouveaux cas d'infection au VIH signalés.

Que le plan stratégique de prévention du VIH alloue des fonds à des programmes prônant le modèle Abstinence, Fidélité, Condom (en cas de nécessité).

Le Service correctionnel du Canada et la réduction des préjudices

L'Alliance canadienne est contre la recommandation 4*d*) du Comité qui appelle le Service correctionnel du Canada (SCC) à offrir des stratégies de réduction des préjudices pour la prévention du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables dans les établissements correctionnels. Ces stratégies aboutiraient à l'institution, dans nos prisons fédérales, de programmes d'échange de seringues incompatibles avec la politique officielle actuelle de tolérance zéro du SCC à l'égard des drogues illégales. Ce serait aussi une admission d'échec devant la montée inquiétante de la consommation de drogues parmi les détenus.

Des programmes d'échange de seringues contribueraient à augmenter la consommation de drogues parmi les détenus, ce qui ferait grimper les taux de VIH/sida, d'hépatite et d'autres infections. En outre, l'augmentation du nombre des seringues dans les prisons exposerait les gardiens de prison à un plus grand risque de blessure

ou d'intimidation. Nous estimons que le Service correctionnel du Canada doit maintenir sa politique de tolérance zéro à l'égard des drogues illégales.

Recommandation :

Que le Service correctionnel du Canada continue d'appliquer une politique de tolérance zéro à l'égard des drogues illégales. Les prisons fédérales ne doivent pas se doter de mesures de réduction des préjudices, comme des programmes d'échange de seringues, pour prévenir la transmission du VIH/sida parmi les détenus.

Opinion complémentaire

Comité permanent de la santé
Rapport sur le renforcement de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Svend Robinson, député

Le Nouveau Parti démocratique appuie les recommandations de ce rapport tout en estimant qu'elles ne vont pas assez loin. Nous croyons que le rapport aurait dû aussi traiter du coût et de l'accessibilité des médicaments dont ont besoin les gens atteints du VIH/sida ainsi que de l'urgent besoin pour le Canada d'accorder plus de ressources à la lutte mondiale contre la maladie.

Mes collègues néo-démocrates et moi-même saluons le dévouement et l'ardeur au travail dont ont fait preuve nos collègues du Comité en tenant avec un large éventail de témoins des audiences sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Comme mes collègues, je tiens à remercier tous les témoins qui ont comparu devant nous de nous avoir fait profiter de leur profondeur et de leur clairvoyance.

Dans son rapport, le Comité prend d'importantes mesures pour renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida; cependant, il ne va pas assez loin. Voici les points clés que le rapport devrait, selon nous, accentuer :

1. Les Instituts de recherche en santé du Canada devraient envisager de subventionner des recherches du secteur public sur les régimes de gestion des médicaments, notamment en vue d'optimiser les dosages.

2. Santé Canada devrait collaborer étroitement avec les groupes de consommateurs afin de faciliter l'homologation des médicaments pour traiter le VIH/sida et d'assurer le contrôle du suivi.

3. Le gouvernement fédéral devrait collaborer avec les provinces et les territoires pour mettre en œuvre les recommandations de la commission Romanow sur les médicaments d'ordonnance contre le VIH/sida, notamment en établissant une Agence canadienne du médicament, en uniformisant davantage l'accessibilité et l'homologation des médicaments à l'échelle nationale, en élaborant un programme de gestion des nouveaux médicaments contre certaines maladies chroniques et graves et, surtout, en examinant la politique canadienne en matière de brevets en vue de réduire le coût des médicaments d'ordonnance.

4. Santé Canada devrait collaborer plus étroitement avec les provinces et les territoires pour assurer la couverture nationale de la thérapie antirétrovirale dispensée par les fournisseurs de soins de santé.

5. Santé Canada devrait collaborer avec les provinces et les territoires pour établir des normes nationales de traitement du VIH et assurer un accès uniforme au dépistage prénatal de routine dans tout le pays.

6. Le gouvernement fédéral devrait augmenter sa contribution à la lutte planétaire contre le VIH/sida et prendre des mesures en vue d'établir une stratégie internationale du gouvernement du Canada en matière de VIH/sida qui incarne les principes et les priorités établies par les pays touchés dans le cadre du programme ONUSIDA.

7. Le gouvernement fédéral devrait assumer un leadership pour veiller à ce que les pays en développement ne soient pas entravés par les intérêts des monopoles pharmaceutiques internationaux dans leurs efforts pour fournir des médicaments bon marché et efficaces à leurs citoyens atteints du VIH/sida.

8. Le gouvernement fédéral devrait œuvrer en faveur d'une solution permanente aux termes de l'article 30 de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) au lieu d'une solution de « dérogation » au paragraphe 6 de la Déclaration de Doha, de manière à améliorer l'accès des pays en développement aux médicaments génériques contre le VIH/sida et d'autres médicaments importés de l'étranger.

Voilà à notre avis les aspects du rapport qui doivent être étoffés.

PROCÈS-VERBAL

Le mercredi 28 mai 2003
(*Séance n° 38*)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à 15 h 41, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bonnie Brown, (*présidente*).

Membres du Comité présents : Carolyn Bennett, Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Brenda Chamberlain, Raymonde Folco, Betty Hinton, Rob Merrifield, Svend Robinson, Hélène Scherrer, Carol Skelton et Yolande Thibeault.

Membre substitut présent : Bernard Bigras pour Diane Bourgeois.

Aussi présents : *De la Bibliothèque du Parlement* : Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, attachées de recherche.

Témoins : *Du Comité consultatif canadien de la biotechnologie* : Mary Alton Mackey, membre, et coprésidente du comité directeur du projet sur les aliments GM. *De l'Agence canadienne d'inspection des aliments* : Greg Orriss, directeur, Bureau de la salubrité des aliments et de la protection des consommateurs; Bart Bilmer, directeur, Bureau de la biotechnologie. *De l'Office des normes générales du Canada* : Doryne Peace, présidente, Comité sur l'étiquetage volontaire des aliments issus ou non de modifications génétiques; Marian Gaucher, secrétaire, Comité sur l'étiquetage volontaire des aliments issus ou non de modifications génétiques. *Du ministère de la Santé* : Karen L. Dodds, directrice générale, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments; Paul Mayers, directeur général associé intérimaire, Direction des aliments, Direction générale des produits de santé et des aliments.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité tient une séance sur l'étiquetage des aliments transgéniques.

Mary Alton Mackey, Greg Orriss et Doryne Peace font de brèves déclarations et, avec d'autres témoins, répondent aux questions.

À 17 h 02, la séance est suspendue.

À 17 h 05, le Comité commence à siéger à huis clos.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport.

Il est convenu, — Que le Comité adopte la version modifiée de l'ébauche de rapport, intitulée *Renforcer la Stratégie canadienne sur le VIH/sida*, en tant que troisième rapport du Comité à la Chambre.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à apporter au texte du rapport les changements de forme jugés nécessaires, sans en altérer le fond.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(1)*a*) du Règlement, le Comité autorise l'impression de courtes opinions dissidentes ou supplémentaires en annexe à ce rapport, immédiatement après la signature de la présidente, et que les opinions en question soient envoyées au greffier du Comité sous forme électronique, dans les deux langues officielles, le ou avant le lundi 2 juin 2003 à 15 h.

Il est convenu, — Que la présidente ou son remplaçant soit autorisé à présenter le rapport à la Chambre.

Il est convenu, — Que le greffier du Comité organise une conférence de presse le jour du dépôt du rapport, après son dépôt.

Il est convenu, — Que le Comité, ayant entendu l'état de la question sur l'étiquetage des aliments transgéniques, n'approfondisse pas cette question à ce moment.

À 17 h 23, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le greffier du comité

José Cadorette